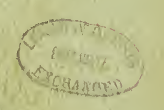
Cayetano Coll y Toste

TRATAMIENTO

DE LA

FIEBRE AMARILLA



PUERTO-RICO.
Tip. al vapor de "La Correspondencia"
San Francisco, 67.
1896.

TRATAMIENTO

DE LA

FIEBRE AMARILLA

POR

Cayetano Coll y Toste

Médico-cirujano de la Universidad de Barcelona, ex-Médico titular de Arecibo, Médico forense de la Excma. Audiencia territorial de Puerto-Rico, Médico de la Compañía de los ferrocarriles, Médico fundador de la Policlínica de San Juan, Socio activo necesario de la Cruz Roja de Madrid é Inspector de la Comisión provincial que actúa en esta Isla, Comendador de la Real y distinguida Orden de Isabel la Católica.

A Don Santiago R. Palmer.

Obsequio cariñoso



de El Autor.

18.4.99.

PUERTO-RICO.

Tip. al vapor de "La Correspondencia"

San Francisco, 67.

1895.


YALE
HISTORICAL
LIBRARY

PROLEGÓMENOS.

A la cabecera de los enfermos somos eclécticos, no pertenecemos á ninguna escuela médica. Todo lo que pueda ser útil al paciente lo aportamos á nuestro arsenal terapéutico. Ya proceda de la práctica vulgar, ya del paraninfo universitario. Después, clínicos de conciencia fisiológica, hacemos la selección, procurando depurar los hechos y que la fisiología satisfaga á la clínica. Así no extrañarán nuestros lectores, que en el tratamiento del *tifus amarillo* no nos ciñamos á un solo procedimiento. No siempre puede el profesor tener á mano los recientes productos farmacológicos ó el medicamento anhelado, como el hielo ó el benzonaftol, por ejemplo. Y no á todos los pacientes, por otra parte, conviene siempre una misma medicación. Curamos enfermos, no enfermedades. En esto, pues, entra por mucho el *ojo médico*, que sabe elegir con tino y oportunidad qué medicación conviene á determinado sujeto, dada su constitución, temperamento y tiempo que lleva de residencia en la zona tropical, y qué variantes debe introducir en sus procedimientos curativos.

Esta obra tiene, por consiguiente, carácter puramente práctico.—Dejamos á un lado la

historia y distribución geográfica de la fiebre amarilla; que, así como la peste tiende á desaparecer, el viajero del Ganjes y el peregrino del golfo mejicano tienden á invadir.—Pasamos de largo sobre la patogenia del *amarillismo*, dejando en el archivo histórico, á título de recuerdo, la teoría malárica y la teoría química.—Anotamos, desde luego, el primer micro–organismo acusado de ser el generador del tifus amarillo, la *bacteria sanguinis febri flavæ*, de Richarson (Filadelfia, 1878).—Y lo mismo hacemos con el *micrococo* de Charrin y Capitan, encontrado en unas muestras de sangre llevadas á París desde el Senegal por Morard (1881).—Admiramos la tenaz labor de Domingo Freire, profesor de química orgánica y de biología en la Facultad de medicina de Rio–Janeiro, con su agente de la fiebre amarilla, el *criptococo xanthogénico* (1880), y sus inoculaciones preventivas: trabajo presentado en razonado informe á la Academia de medicina de París, en 1884, y al gobierno imperial del Brasil, en 1885. Llamando también nuestra curiosidad la vacunación expresa del Dr. Issatier, practicada por el mismo Freire (Rev. san. de Bord. 1886). Indudablemente que el profesor brasileño ha calcado sus tanteos en el descubrimiento de los virus atenuados de Pasteur, dado á conocer á la Academia de ciencias de París en la sesión del 10 de Febrero de 1880. Esta atenuación progresiva de los virus, confiriendo la inmunidad por inoculación,

es el primer jalón de la profilaxis de todas las enfermedades infecciosas. Su turno le ha de llegar también al tifus amarillo, como acaba de suceder con la difteria.—Citamos, por lo ingenioso y digno de estudio, el parecer de Finlay (1881) de que el mosquito (*culex mosquito*, de la Habana) es el agente de transmisión de la fiebre amarilla.—Hacemos un recuerdo de las investigaciones de Carmona (de Méjico) sobre el hongo *peronospora lutea* (1881) y de su vacuna imperfecta, obtenida con el residuo de la orina amarilla.—No echamos en olvido los trabajos de Lacerda, presidente de la Academia nacional de medicina de Rio-Janeiro, atribuyendo la infección á un hongo polimorfo. (Gaz. des hôp. 1883).—Ni los de Le Dantec, en Cayena, encontrando colonias de *bacilos* en los vómitos negros, en la capa sub-epitelial de la mucosa del estómago, en el intestino delgado y en el intestino grueso (Tesis de París, 1886).—Merecedor de cita es también el micro-organismo de Rangé (de la Guayana), análogo al de Domingo Freire (Arch. de med. nav. 1885).—Y nos fijamos, detenidamente, en las investigaciones del Dr. Gibier, enviado á la Habana para comprobar los estudios de Freire sobre el microbio de la fiebre amarilla (1888); encontrando una cantidad prodigiosa de microbios en las materias vomitadas y en las contenidas en el intestino; cultivando un micro-organismo procedente del contenido negro del intestino, un *bacilo*, al que atribuye el

poder tóxico del *amarillismo* y los accidentes colorantes del *vómito negro;* anotando la ausencia de microbios en la sangre y en las otras vísceras, escepto el intestino.—No podemos menos de significar la comunicación presentada á la Sociedad de biología de París (Ann. de thérap. 1892) por Rebourgeau, á nombre propio y de Freyre, sobre las vacunaciones preventivas contra la fiebre amarilla. Según el autor esta vacunación viene á ser más útil cuanto la mancha amarilla se extiende más y más en el interior del Brasil y no se limita á las riberas. Para preparar los líqüidos de cultura se retira del estómago del sujeto, dos horas después de su muerte, un poco de líquido que se cultiva en caldo. Después de algunas horas, la cultura contiene un gran número de microbios, y aislándolos se obtiene un *coccus*, que ha sido descrito por Freire y Rebourgeau hace años. La primera cultura es muy virulenta; mata los animales en algunas horas. Las culturas siguientes son menos virulentas. Como vacuna se emplea la cuarta cultura, de la cual se introduce un gramo bajo la piel del brazo. Se observa en seguida el siguiente cuadro sintornatológico: malestar, nauseas, vómitos, dolores periorbitarios, albuminuria, alguna vez anuria, tinte amarillo local, muchas veces sub-ictérico. La intensidad de estos accidentes varía, pero desaparecen en dos ó tres dias. No se han observado jamás accidentes mortales. Puede suceder que ciertos individuos no

presenten ninguna reacción; y éstos son, sobre todos, de aquellos que mueren de la fiebre amarilla. Se puede entonces practicar una segunda vacunación con una tercera cultura. La duración de la inmunidad sería de tres años.

Todas estas citas son favorables á que el principio generador del tifus amarillo es un elemento figurado; aunque por otra parte, Mozly y Harrison (The Lancet, 1884) niegan el *micrococo* de Freire y el *hongo* de Lacerda. Y Havelburg, al dar á conocer á la Sociedad de medicina interna de Berlin (1892) el resultado de sus observaciones, verificadas en Rio-Janeiro, sobre la fiebre amarilla, manifiesta que no ha podido llegar á descubrir el microbio de Domingo Freire, y sí ha podido percibir en las materias color de tabaco, arrojadas por el enfermo, la presencia de los cristales de hematoidina de Teichmann, con lo cual se atestigua que dichas materias contienen realmente sangre.—Empero, de todo lo conocido sobre la génesis del amarillismo, se deduce, como hecho incontrovertible, que en la patogenia de la fiebre amarilla palpita *algo* vivo, que envenena y mata, que la lente descubre y que el bacteriólogo cultiva, estudia y trata de clasificar. Falta tan sólo precisar ese agente generador. El corolario es, pues, firme. Hay un organismo patógeno del tifus amarillo, que pulula *únicamente* en el estómago é intestino delgado del enfermo, donde segrega un vene-

no, una *toxina*. Y esta toxina, este veneno, tiene la propiedad de modificar las funciones gastro–intestinales, ocasionando náuseas y vómitos; trastornar las funciones hepáticas, produciendo la ictericia; alterar y difluir la sangre, provocando hemorragias; deteriorar el filtro renal y detener la secreción urinaria, llegando á la anuria; y finalmente, entorpecer el funcionamiento cerebro–espinal, creando un estado ataxo–adinámico.

La fiebre amarilla es, pues, para nosotros, una enfermedad infecciosa, debida á la penetración en la economía de un principio vivo, cuyas secreciones alteran el modo de ser hígido del organismo humano.—Ahora bien, los agentes infecciosos se dividen en dos categorías (Ed. Egasse. La serotherapie. 1893): Unos se multiplican en el organismo animal, invaden los tejidos, penetran en la circulación, y, por su número, pueden desordenar las funciones normales de los órganos. Se pueden designar estos ataques llevados al organismo bajo el nombre de *septicemia* ó *infección*. Otros gérmenes infecciosos se multiplican muy poco en el animal infecto ó quedan limitados al punto de la infección. Los micro–organismos patógenos del tétanos, difteria y cólera no penetran en la circulación, sino dan productos tóxicos de una eficacia muy intensa, que son absorbidos por el organismo infectado y manifiestan una actividad deletérea que se debe separar bajo el nombre de *intoxicación*.—A esta

clase pertenece el agente generador de la fiebre amarilla, según puede deducirse de los últimos estudios bacteriológicos precitados.

¿De dónde procede en el seno mejicano este elemento figurado?—Nada podemos afirmar todavía. Ignoramos si procede de materias animales ó vegetales en descomposición. Si es á consecuencia de algas, que el mar arroja y se corrompen en las playas, ó si es efecto de la descomposición de plantas marítimas por el desnivel de las aguas.—Nosotros hemos notado, que por haber removido las capas superiores de un médano arenoso, para rellenar las desigualdades de unas calles de la villa de Arecibo, á los pocos dias se presentaron en nuestra clientela casos de tifus icterodes, y después tomó la endemia, en dicha localidad, la forma epidémica. Hecho que signamos, por si puede ser comprobado por algún otro observador.—El Sr. Aaberg (de Estokolmo) en el Congreso de naturalistas escandinavos, celebrado en Copenhague en Julio de 1894, opinó, respecto á la propagación de la fiebre amarilla, que no siendo esta enfermedad contagiosa más que por sus *esporos*, cuando éstos se hallan un centro conveniente para desarrollarse, se transforman, y entonces la enfermedad se hace contagiosa.—Lo que sí podemos afirmar, desde luego, es, que la fiebre amarilla es una enfermedad esencialmente marítima, cuya mancha tiende á invadir tierra adentro y cuyo foco principal es el golfo de Méjico, así como

el delta del Ganjes es la cuna del cólera.—El Sr. E. Verrier (de París) en el Congreso de las sociedades científicas, celebrado en Marzo de 1894, dió á conocer un trabajo en el cual trata de demostrar que la fiebre amarilla no es endémica en Africa y que cada epidemia que ha reinado en dicha región ha sido importada á ella por buques extranjeros. La fiebre amarilla, según Verrier, no es originaria de Africa, y si cada epidemia no ha sucedido á un contagio directo por buques extranjeros, se puede invocar la reviviscencia del gérmen–contagio bajo el influjo de un estado eléctrico de la atmósfera. Desde luego la enfermedad no existe sino en la costa occidental, la única que se halla en relación con el litoral Este de América; luego, mientras que los negros de América (de igual origen que los de Africa) son indemnes de la enfermedad merced á un prolongado hábito del organismo, los de Africa toman la enfermedad tan fácilmente como los blancos, lo cual vino á demostrar la epidemia observada en el Senegal en 1879–80. Después de haber hecho la historia de las diversas epidemias que han reinado en Africa desde 1760 hasta 1879-80, el Sr. Verrier, afirma que el estado eléctrico, las borrascas, las *tronadas* (como ha observado Le Roy de Méricourt) ejercen grandísima influencia sobre la reviviscencia del germen–contagio de la fiebre amarilla, lo cual explica el renacimiento de la enfermedad sin nuevo contagio directo. (Sem. med. 1894).

Sobre estas bases y con estos elementos hemos desenvuelto nuestro cuadro sintético de la enfermedad para facilitar el diagnóstico y para precisar los puntos culminantes de una afección tan embozada y anómala en sus manifestaciones; siendo esencialísimo observar sus evoluciones para plantear diestramente la medicación adecuada.—Es muy útil la *experiencia* en una enfermedad de tal índole, pero es importantísima también la *observacion*. Huchard (Societé de thérap. 1890) modificando un axioma de Baglivi, ha dicho: *In medicinâ majorem vim facit observatio quam experientiæ*.—No basta decir, éste es un caso de fiebre amarilla. No basta el diagnóstico de la entidad tifus icterodes. Es necesario procurar tener casi la presciencia de su marcha, observándola detenidamente varias veces al dia. Por eso, en tan terrible enfermedad hacemos hincapié en el pronóstico, que revelan ciertos fenómenos, y lo anotamos junto al síntoma, como un recordatorio; porque á menudo hemos visto claudicar á facultativos de talla científica, tomando por síntoma favorable lo que era ya prognosis de cercana muerte, por ejemplo, una temperatura de 37° sin fenómenos de mejoría.

Respecto á la influencia de la *meteorología* en la marcha del *amarillismo* podemos decir, en tesis general, que la luz, la humedad, la sequedad, las temperaturas excesivas, las tronadas, y las presiones atmosféricas influyen

en el agente generador de la fiebre amarilla, provocando alzas y bajas en su vitalidad, lo que necesariamente hace oscilar el pronóstico, no sólo con relación á la marcha de la enfermedad en un individuo, sino al curso de una epidemia en una localidad. De este modo se explica perfectamente el lado misterioso de la antigua idea de la *constitución epidémica.*—Cuando la fresca brisa del Este nos abandona en las Antillas, y al suave alisio sucede el caluroso Sur ó Sur–Oeste, ó cuando se desarrollan estados eléctricos con nubes preñadas de agua y electricidad, que encapotan el cielo, detienen la irradiación terrestre y tardan en descargar, el estado de los enfermos se agrava y la mortalidad aumenta.—Y esta mortalidad, dadas las estadísticas, con un 15 p.% mínimo y un 75 p.% máximo (promedio 35 p.%) son aterradoras. Contribuyen á aumentarla, con las influencias cósmicas, el hacinamiento de los habitantes en reducidas localidades, la acumulación de materias orgánicas en descomposición, como acontece en los puertos de mar frecuentados, la inmigración europea, y sobre todo, la movilización de tropas en los lugares donde reina la endemia.

El tratamiento de la fiebre amarilla es el *desideratum* de esta obra.—Nosotros no aportamos medicamentos desconocidos, ni medicaciones ingeniosas, que como la *cámara polar* caigan luego en descrédito. Hemos reunido metódicamente todas aquellas sustancias, que

en circunstancias determinadas nos han sido útiles para combatir el tifus amarillo. Hacemos más, algunos medicamentos, que aún no hemos podido someter á la piedra de toque de la experimentación clínica, nos permitimos indicarlos, por las ventajas que han manifestado en otras infecciones análogas, el cólera, por ejemplo.—No hay momentos más desesperantes para el médico, que verse impotente, á la cabecera de un enfermo de fiebre amarilla, ante los fenómenos y complicaciones de alta gravedad; y al acudir á los Tratados de medicina, en busca de luces y consejos, encontrarse con cuatro líneas insustanciales, dedicadas al tratamiento de tan mortífera enfermedad.—Y nada hay, por otra parte, menos médico y más desastroso que dictar por recurso, en una epidemia de tifus icterodes, una terapéutica uniforme aplicada á todas las constituciones, á todos los grados de infección y á todos los casos de la enfermedad.

En el Congreso internacional de Londres (1881) decía el profesor Binz (de Bonn): "La historia de la terapéutica y los progresos recientes de la etiología y de la farmacología, nos permiten esperar, que por una información científica sostenida y por la observación práctica podremos lograr descubrir un antídoto específico para cada especie de enfermedad infecciosa ó septicémica."—La Bacteriología, con sus incesantes progresos, nos ha probado que las enfermedades *infecciosas* son de-

bidas á la invasión del organismo por *microbios patógenos*, nocivos ya por sí mismos, ya por sus productos de secreción, las *toxinas*. La fiebre amarilla entra en el grupo de estas enfermedades. Estos conocimientos etiológicos habrán de traer una terapéutica nueva, que ponga al organismo en guardia contra esta invasión micróbica, y que, caso de ser invadido, se oponga á la acción nociva de dichos microbios. Mientras se descubre este tratamiento *especial*, siguiendo la ruta llamada por Richet y Hericourt de la *hemoterapia*, y más propiamente la designada por Bouchard con el nombre de *seroterapia*, tenemos que utilizar los tratamientos prácticos, sancionados por el uso clínico y en relación con los conocimientos terapéuticos adquiridos.

Por tanto, al lado del naftol, salol, diuretina y cafeina, la aristocracia de los modernos medicamentos, hacemos figurar el limón, la verdolaga, la parietaria, y los enemas, la plebe de la casa médica.—La sabiduría está, hoy por hoy, en saberlos manejar con tino y oportunidad.—Además, en tesis general, la prontitud de una medicación disminuye los riesgos que hay que correr en toda enfermedad evolutiva: máxime, en las de carácter infeccioso. Y en el tifus amarillo se evidencia este gran axioma terapéutico. El *ocassio preceps* hipocrático es de rigor. Un dia ó dos perdidos sin combatir la enfermedad expone á que tome incremento en el organismo el veneno ama-

rillo y á que la eficacia de la medicación sea impotente para detener los estragos de la intoxicación amarilla, no pudiendo evitar un fin fatal.

Si con la publicación de estos trabajos, fruto del estudio, experiencia y observación de veinte años de práctica médica en fiebre amarilla, podemos ser útil á la humanidad que padece, quedan satisfechas nuestras aspiraciones.—Aliviar el dolor es una obra divina.

San Juan de Puerto-Rico Octubre 15 de 1895.

SINONIMIA.

Trancazo.—P. Dutertre. Hist. gen. de las Antillas. 1635.

Fiebre amarilla.—F. Ferreira de Rosa. Tratado de constituçao pestilencial de Fernanbuco. 1694.

Vómito prieto; Vómito negro.—Los españoles en Veracruz. 1699 y 1726.

Peste de Siam.—Moreau de Saint-Mery. 1691.

(Error craso, que descansa en el hecho histórico de haber llegado los franceses, de arribada forzosa desde Siam donde había estallado una revolución, en el siglo XVII, á la isla de la Martinica, en los navíos el ORIFLAMA, el LOURE y el SAINT-NICOLÁS y declararse inmediatamente tan terrible enfermedad, sembrando el terror entre los habitantes de Fort-Royal).

De febre Indiæ occidentalis maligna flava.—Makittrik. Edinb. 1766.

De febre flava americana.—Curtin. Edinb. 1781.

Tifus icterodes.—Sauvages. Nosologica methodica sist. morborum clases. Leipzig. 1797.

De febre flava Indiæ occidentalis.—Van Marle, Marburg. 1799.

Black vomit fever.—Yellow fever. — De los ingleses. Rush. Philadelpia. 1793.

Gelbe fieber.—De los alemanes. Lavater. Zürich. 1804.

Tifus amarillo. Tifus de América.— Rochoux. Recherches sur la fievre jaune. París. 1822.

Hemorragia pestilente. — Copeland. In Dictionery of pract. Med. 1840.

Fievre jaune.—Coup de barre.—Fievre matelot.—De los franceses.

Febbre gialla.—De los italianos.

CUADRO SINTOMATOLÓGICO.

Primer período.—De reacción general.

Perturbación general en el organismo por el *veneno amarillo* puesto en actividad; previa infección, incubación de tres á cinco dias, alteración de la nutrición y fiebre.—Escalofrío inicial, de corta duración, que da lugar á constricción de las arteriolas periféricas, provocando hiperemias en las vísceras. Este escalofrío suele ser fuerte y único. A veces repite durante los dos primeros dias, cuando es menos intenso. Puede faltar.—Afluxus arterial activo en casi todos los aparatos orgánicos, ó sea orgasmo vascular, fluxión, determinación sanguínea.—Parálisis de vaso-motores.—Combustión orgánica aumentada. — Temperatura alta y congestiones orgánicas.—Estas hiperemias son debidas á dilatación de los vasos capilares por parálisis de los nervios vasomotores: fenómeno inicial que resulta de un cambio de tonicidad vascular.—Trastorno de la inervación vaso-motriz.

SÍNTOMAS.

HIPEREMIA DEL ROSTRO.—Cara encendida, que con las pupilas dilatadas y los ojos inyectados producen el fenómeno llamado *máscara* ó *careta*.

La excitación consecutiva á la agitación de ánimo actúa sobre las células nerviosas que presiden á la formación de las ideas, á saber, sobre la capa cortical de los hemisferios, y trasportada desde este punto al aparato bulbar, la reflejan los vasos motores de la cara.

HIPEREMIA CONJUNTIVAL Y DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL.—Los ojos inyectados, lacrimosos y con brillo insólito.

Este síntoma tiene valor diagnóstico en los sujetos no acostumbrados á la anemia palúdica tropical; pero en los habituados al clima de las Antillas suele faltar.

DESORDEN EN LA INERVACIÓN DEL IRIS Y MIDRÍASIS.—Dilatación de las pupilas, dando á la mirada una expresión vaga é indecisa, como la de un ebrio.

Fenómeno debido á la irritación del gran simpático, que preside á la contracción del músculo radiado del iris.

HIPEREMIA CUTÁNEA.—Color encendido del tegumento. Piel seca y quemante.

Síntoma propio de la hipertermogénesis febril.

HIPEREMIA ENCEFÁLICA. CEFALALGIA.—Dolor de cabeza frontal y supraorbitario, intenso y gravativo.

Congestión de origen nervioso refleja, cuyo punto de partida son los ramos gástricos del vago, el centro de reflexión, el mesocéfalo y las vias de irradiación de los vasomotores del facial y del trigémino.

HIPEREMIA DE LAS MENINGES ESPINALES. RAQUIALGIA.—Dolor violento de lomos.—*Coup de barre*, de los franceses. A veces se propaga á las regiones dorsal y cervical, y á los miembros, provocando en éstos dolores articulares y musculares.

Bajo la influencia de la congestión medular raquídea, provocada por la toxina amarilla (Pierre Marie—Afecciones medulares por infección. 1894), se exajera la excitabilidad de las células del eje gris. No sólo las células directamente interesadas manifiestan cierto eretismo morboso sino también las células adyacentes. Esta exaltación funcional puede traspasar los límites del núcleo sensitivo, directamente impresionado, y propagarse hasta toda la médula. Lo que explica cómo se irradia la RAQUIALGIA á toda la espalda y hasta las piernas. La raquialgia, para Ludwig, es debida á la dificultad de la circulación sanguínea en los vasos de la pia-madre espinal. Para Rayer y Guerin de Mamers es una neuralgia espinal por congestión.

Las ARTRALGIAS y MIALGIAS se fijan principalmente en los miembros inferiores y ocasionan en el enfermo un sentimiento de impaciencia —Si le obligan á descubrirse y echar las piernas fuera de la cama el pronóstico es de gravedad.

En la fiebre amarilla la violencia de la cefalalgia, los dolores de los miembros y del raquis, la laxitud, muchas veces tan pronunciada que los enfermos no pueden sentarse en la cama sin ayuda de asistente, indican que el centro cerebro-espinal está fuertemente atacado.

Hiperemia renal con trasudación serosa. —Orina escasa y oscura. Albuminuria. Generalmente del 2° dia en adelante se obtiene, mediante los reactivos, un ligero precipitado albuminoso, que se va acentuando con la marcha de la enfermedad.—Puede faltar en todo el primer período.

Dumortier, en Surinam (1856) parece ser el primero que ha hecho constar la existencia de la albúmina en el vómito negro; después ha sido observada por Bache y Laroche en Filadelfia, por Coutinho en Lisboa, por Chapuis y Ballot en la Martinica, etc. Esta albuminuria depende de la alteración de la sangre. Ballot, (1858) según las observaciones hechas en 300 casos de fiebre amarilla, deduce que la presencia de la albúmina en la orina es un signo pronóstico de los más importantes: la abundancia de la albúmina, dice, varía según la marcha del mal; si la terminación ha de ser funesta, aumenta hasta la muerte; si feliz, se la ve disminuir poco á poco. (Nota de Jaccoud á la Clínica de Graves. 1872.) Roux considera la albuminuria como casi constante (Maladies infectieuses 1886). Según Cochran (de Alabama) en los casos típicos aparece la albuminuria en el tercero ó cuarto dia (Enciclopedia terap. 1895). Falta la albúmina únicamente en algunas formas leves, en que el veneno amarillo por su insignificante cantidad no lesiona el filtro renal, y prontamente el organismo triunfa de la ligera intoxicación.

Hiperemia gástrica con trasudación.— Catarro agudo del estómago. Náuseas. Barniz lingual, blanquizco ó amarillo; y á veces los bordes y la punta de la lengua rojos. Boca seca. Sed ardiente. Vómitos acuosos. Ansiedad epigástrica. Epigastralgia.

Además del síndrome característico de los estados hiperpiréticos, como sequedad en la mucosa bucal, sed y á veces embarazo gástrico, se presentan la emesis y la

gastralgia, como efecto de la intoxicación provocada por la TOXINA segregada por el microbio xantogénico.

HIPEREMIA HEPÁTICA CON FLUXIÓN BILIOSA. POLICOLIA.—Vómitos biliosos.

Congestión de la glándula biliar por alteración de la sangre (Monneret). Las constantes relaciones del hígado con las sustancias recogidas en el intestino por las raicillas de la vena porta, le exponen á influencias irritantes que son un manantial fecundo de congestiones activas (Jaccond). Todas las intoxicaciones producen hiperemia hepática; la produce la intoxicación palúdica (Laveran, Fayrer y Ewar, Rendu) el veneno disentérico (Frerichs, Corre) el veneno tífico (Morahead, Murchinson, Thévenot) y los envenenamientos por el plomo, el fósforo, el curare (Baillou, Portal, Andral).

HIPERTEMIA DE 40° Á 41° Y MÁS.—POLISISTOLIA.—Fiebre. Pulso fuerte y frecuente. Agitación. Ansiedad respiratoria.

La discrasia química ocasionada en la sangre por la toxina del microbio xantogénico provoca la fiebre.

Si la respiración es alta y ansiosa al principio es signo de gravedad.

FENÓMENOS NERVIOSOS.—Delirio alto (Congestión activa meningo-encefálica) é insomnio. Delirio tranquilo alternando con somnolencia y sopor (Congestión pasiva). Delirio razonado. (Anemia cerebral).—A veces á un intenso delirio sigue un profundo sopor. Otras es alguna idea fija ó ligeras divagaciones. Y otras, el fenómeno nervioso consiste en presentar el enfermo estupor ó indiferencia.

Los fenómenos nerviosos son inconstantes en este primer período Puede haber delirio desde el primer dia

y también faltar durante toda la enfermedad. No siempre está subordinado á la elevación de temperatura. Deben influir en la determinación del delirio las toxinas que circulan en la sangre, segregadas por el microbio xantogénico. También hay enlace en los trastornos del cerebro y la función eliminadora del filtro renal. Además, hay que tener en cuenta para apreciar el delirio, la edad del sujeto atacado ó sus hábitos alcohólicos.—El delirio del período de reacción no es tan grave como el del período de depresión; sobre todo, si á éste acompaña baja temperatura.

Este período de reacción suele durar de tres á cuatro dias, generalmente. Puede prolongarse hasta el 5º ó 6º dia. Puede faltar, cayendo el enfermo en el período de depresión sin el de transición.

Segundo período.—De transición.

Nosotros llamamos á este período de *anesistermia* (de *anesis*, remisión y *terme*, calor.) —La fiebre, que durante el primer período su *tipo febril* fué continuo teniendo por lo común un máximum de temperatura en la tarde del 2° dia, remite al llegar á este período de transición. La remisión, más ó menos notable, nunca llega á la normal (37°).—El cortejo de síntomas violentos se detiene en la mañana del 3.r dia, rara vez 4° y más raro 5° ó 6°. —El enfermo se encuentra como en el vórtice de un ciclón. Este período es momentáneo, fugitivo; dura tan sólo horas.—Bajo el punto de vista subjetivo del paciente constituye una mejoría.—Si falta esta remisión el pronóstico es de gravedad, aunque el enfermo se encuentre bien.—Si la remisión va acompañada de algunos de estos síntomas: vómito de *ala de mosca* (vómito acuoso-bilioso con partículas escasas semejantes á las alas de moscas ó á la picadura de tabaco), melena, anuria, debilidad cardíaca con pulso lento ó respiración suspirosa el pronóstico es *reservado*, porque cualqùiera de estos fenómenos contraresta los beneficios de la *anesistermia;* aunque

el sujeto diga, que se siente mejor, pida de comer y beber, se levante y marche bien. Es necesario *cierta experiencia* para ver el peligro inminente que hay detrás de este aparente bienestar. Esta falsa mejoría, llamada *mejoría de la muerte*, no engañará nunca al médico conocedor de la fiebre amarilla, y sabrá pronosticar la gravedad encubierta que hubiere y anunciar con certeza el período tormentoso que le falta al enfermo recorrer.

....

SÍNTOMAS.

Cesan ó disminuyen: la raquialgia, la agitación, la inyección ocular, la congestión cutánea y la máscara.—La facies palidece ó toma un tinte ictérico.

Se sostienen: el dolor epigástrico, la intolerancia estomacal y la fiebre.

Ha terminado el período *esténico* y se inicia el *asténico*. Es importante conocer esta anesistermia no sólo para fijar el pronóstico, sino también por las variantes que hay que imprimir al tratamiento. Como fluctúa del 3° al 6° dia es preciso cuidar bien de las temperaturas.

TERMOMETRÍA.

El termómetro es una necesidad imperiosa en la fiebre amarilla.—Liebermeister lo ha dicho para todas las fiebres: "El médico falta á su deber cuando en el curso de una enfermedad pirética no toma la temperatura por lo menos dos veces al dia." Además, como asegura Wunderlich, ni la memoria más fiel, ni la descripción más brillante y detallada, podrá jamás bosquejar un cuadro más perfecto que esta simple curva.

En el tifus amarillo se deben tomar, en el hueco axilar, cuatro temperaturas diarias: á las 6 de la mañana, 12 del dia, 6 de la tarde y 12 de la noche. Estas cuatro temperaturas son para observar la marcha pirética de la enfermedad. Para trazar las curvas térmicas se fijan las temperaturas de las 6 de la mañana y de las 6 de la tarde ó se llevan las observaciones termoscópicas en un *registro numérico* de temperaturas. Nuestros trazados gráficos de fiebre amarilla son *termo–esfigmo–pneumo-métricos*, porque hacemos extensivos nuestros cuadros á las observaciones relativas á la circulación y á la respiración. Tanto el pulso

como la respiración merecen en el tifus amarillo vigilancia suma.

El dia de enfermedad se considera de 24 horas; pero este nictemero se cuenta de media á media noche. Por ejemplo, un individuo enferma á la una del dia ó á las tres de la tarde, su primer dia de enfermedad termina aquella noche á las doce, aunque no se hayan completado las 24 horas. Esta regla de termometría es de Jaccoud (Trat. de pat. int Art. Fiebre) y es muy conveniente observarla en la fiebre amarilla para saber con precisión los dias de enfermedad que lleva el sujeto.

En el tifus amarillo el *ciclo febril* ó *térmico* comprende: el *primer estadio*, inicial, ascendente ó pirogenético, que es rápido. La temperatura sube repentinamente en horas, adquiriendo su grado culminante, por lo general, en la tarde del segundo dia. Blair ha observado un caso de 41°6 y Noegeli otro de 42°5. Nosotros hemos tenido un caso de 41°5, y presentó al tercer dia el período de *anesistermia*. El *segundo estadio*, ó período de fastigium, dura comunmente horas, mientras la temperatura se mantiene al redeđor del máximum alcanzado en la fase precedente. Es de duración variable, porque en la media noche del segundo dia suele iniciarse una defervecencia que se confirma en la mañana del tercero dia (la anesistermia). Puede prolongarse á la mañana del 4°, 5° ó 6° dia. Puede tambien faltar. La precoz remisión ó sea la

corta duración del *fastigium* augura favorable resultado; la persistencia del *fastigium* constituye gravedad.—Si el período de fastigium ha de ser corto, la temperatura afecta la forma *acméica* ó *acuminada* con un solo *pináculo* en el trazado, preparando la curva para la defervecencia, (á ascensión brusca, caida rápida—ley termométrica de Wunderlich) ya conduzca ésta á la curación ó á la muerte. Si la *anesistermia* falta y el período de fastigium se prolonga, la temperatura toma entonces la forma *oscilante*, con *oscilaciones ascendentes* (aumento agónico ascendente hasta 43° como máximum) que llevan al enfermo á la muerte, ó con *oscilaciones descendentes*, que pueden llevarle, por *lisis*, á la convalecencia.—El *tercer período* ó estadio terminal (de distermasia, Alvarenga; de desfebricitación, Wagner; de declive, Girbal) tiene por objeto volver la temperatura á su límite normal; y en la fiebre amarilla este período de defervecencia puede ser rápido (crisis) y tener lugar á raiz de la anesistermia, sirviendo ésta de *decrecimiento preparatorio:* si es *franco*, la enfermedad aborta ó ha tenido una forma benigna; si es *falso* (defervecencia agónica) las temperaturas caen prontamente en cifras de colapso, 36° y 35°. La defervecencia puede ser también *provisional* ó *declinación insuficiente* y llegar gradualmente (lisis) á la temperatura normal por *oscilaciones.*

Tercer período.—De depresión.

El veneno amarillo tiende á dominar el organismo, La toxina empieza á manifestar afinidad electiva con algún aparato orgánico, en atención á la cantidad ó dosis de veneno, sitio de absorción y á ciertas predisposiciones individuales.—En toda intoxicación hay que pensar en el hígado y en el riñón: el primero atenúa las toxinas, el segundo las elimina. No es de extrañar sean los primeros aparatos afectados en el *amarillismo*, después del estómago é intestino delgado, donde el microbio xantogénico desarrolla sus toxinas.—Además, hay lazos de unión entre la glándula hepática y la glándula urinaria, se influyen recíprocamente en sus estados patológicos (Charrin. 1894).—Como las dos glándulas ejercen, cada una á su manera, un papel depurador, tienen sus afinidades morbosas, independiente de hallarse también entrambas bajo la influencia general del veneno.—Por lo común, el hígado entra primero en campaña con toda la secuela de fenómenos ictéricos.—Es de más gravedad que se afecte primero el riñón con fenómenos intensos de nefritis albuminosa.

SÍNTOMAS.

HIPERTERMIA.—El termómetro, si marcó la remisión del período de transición, vuelve á subir.

Si la fiebre es tan intensa como la del primer y segundo dia de enfermedad el pronóstico es grave. Si rebasa la termogénesis del período de reacción, mayor gravedad aún.

HIPOTERMIA.—Á veces la temperatura desciende por bajo de la cifra fisiológica 37°.

Si la columna mercurial desciende por bajo de 36° comienza el estado de ALGIDEZ, la que aumenta á medida que la temperatura disminuye.

En las enfermedades donde aparecen descensos notables de temperatura, esta disminución del calor, no solamente es uno de los peligros de los estados en que se presenta, sino que constituye por sí misma el peligro. (Redard).—Si coincide con fenómenos evidentes de mejoría, el pronóstico es favorable. Si va acompañada de vómitos negros, anuria, respiración suspirosa ó hipo, el pronóstico es gravísimo y la muerte está próxima.

GASTRITIS Y GASTRALGIA.—Dolor epigástrico. Intolerancia del estómago. Sensación de quemadura á lo largo del esófago.

Si la sed se modera, el pronóstico es favorable; si por el contrario, aumenta de un modo excesivo, la gra-

vedad se acentúa.—Si hay una temperatura de 40° y más, y no hay sed, el pronóstico es de suma gravedad.

Hepatitis. Colemia. Acolia.—Desórdenes de la función hepática. La ictericia es el síntoma más característico y más constante de la fiebre amarilla. Coincide muchas veces su aparición con el período anesistérmico. Cualquiera que haya sido el tinte de la facies durante el primer período, ya en el tercero es pálido ó sub-ictérico, y agravándose el enfermo pasa al tinte lívido y violáceo por placas. No debe confundirse la coloración ictérica del amarillismo ni con el tinte amarillo verdoso de la cloro-anemia, ni con el amarillo pálido de la caquexia palúdica, ni con el amarillo terroso de la caquexia cancerosa, ni con el amarillo gris del saturnismo, ni con el pigmentario de la insolación. El reconocimiento de las orinas resuelve los casos dudosos.

La ictericia ha servido para bautizar la enfermedad; especialmente, porque si puede faltar en vida, después del fallecimiento del sujeto no falta jamás.—Hay muchos enfermos que curan sin haber presentado el color amarillo característico del tifus icterodes. En estos casos la intoxicación no ha recorrido todos sus períodos.—El color del tegumento, con mayor ó menor intensidad aparente, no tiene relación con la gravedad de la enfermedad, porque puede ser el tinte general muy pronunciado en casos que curan, persistiendo un mes después de la curación, ó constituirse un tinte muy pálido de las conjuntivas, de la cara y del cuello en casos que sucumben (Dutroulau).—Si el reactivo no acusa la presencia de la bilis en la orina, la ictericia es falsa, es pseudo-ictericia (hemaféica). Efecto de que la hematosina de los glóbulos rojos desorganizados, conducida en el torrente circulatorio, en lugar de ser transformada en pigmento biliar por

el hígado, produce la impregnación del organismo (Gubler, Rendu). Según Bernheim (Ictére, 1889) el principio infeccioso, obrando sobre el hígado ya directamente, ya por alteración de la sangre, engendra esta clase de ictericia. Ictericia hepática de origen hematógeno. La coloración de la piel es, en general, menos acentuada y de un tinte diluido. La orina tiene un color ámbar-rojizo, que pasa al rojo-oscuro, tiñe el papel y el lienzo de un color amarillo-rojizo, semejante á la carne de salmón ó á la mancha de melón. Tratada por el ácido nítrico, toma esta orina un tinte oscuro, parecido al de caoba vieja, y no desarrolla jamás la coloración verde-violeta del pigmento biliar. Tampoco da lugar á un precipitado resinoide soluble en el alcohol, como lo hace la orina francamente biliosa.—Si el reactivo acusa la presencia del pigmento biliar en la orina la ictericia es verdadera (biliféica). Debida, ó al aflujo de bilis á la sangre, al mismo tiempo que al intestino, por policolia (rara), ó á obstrucción de las vias biliares por catarro duodenal (frecuente). La ictericia verdadera implica casi necesariamente la idea de un obstáculo al curso de la bilis, ya se sitúe al nivel de los gruesos troncos biliares ó de las finas raicillas intersticiales (Rendu). Esta orina tiene tinte oscuro, color caoba con reflejos verdosos; tiñe el papel y el lienzo de amarillo ó amarillo verdoso. Se descubre la bilis por la reacción del ácido nítrico que colora la orina en verde, pasando sucesivamente después, á medida de las oxidaciones de la materia colorante biliar, al azul, al violeta y al rojo. —Para Ballot, la orina hemaféica corresponde al segundo período de la enfermedad, y la biliféica, verdaderamente biliosa, no existe más que al fin y durante la convalecencia.

Nefritis albuminosa.—Siempre hay albuminuria en este período de la fiebre amarilla, aunque en los anteriores no se haya presentado.

La albuminuria en la fiebre amarilla indica ya una alteración del filtro renal. No aparece la albúminia en la orina desde el primer dia, como creen algunos; á veces al tercer dia no ha aparecido aún, máxime si el enfermo

tiene un tratamiento apropiado.—Para J. Cochran (de Alabama) en los casos típicos aparece en el tercero ó cuarto dia. Hemos tenido muchos casos, en los cuales hemos comprobado la albúminuria al segundo dia. Empero, no es lo común. Una vez asistí á consulta para un niño afecto de tifus amarillo: estaba en el tercer dia de la enfermedad; tenía vómitos acuosos con ALA DE MOSCA; de modo que el período hemorrágico era precoz y sin embargo la orina, al examen de los mejores reactivos químicos, revelaba ÚNICAMENTE una ligera nubécula casi imperceptible.—La albúmina de la sangre no pasa nunca á las orinas sino cuando el riñón está alterado. Esta alteración es señalada, en tesis general. El epitelio glomerular modificado no puede oponerse al paso de la albúmina, ya por una permeabilidad exajerada de los capilares del glomérulo, dependiente de un éxtasis prolongado, ó de una acción nerviosa, ya por lesión orgánica. Así opinan Heidenhain, Corniel, Lecorché y Talamón (Enf. de los riñones, por A. Brault.)—La integridad aparente de los riñones, en la mayoría de casos de fiebre amarilla, autorizaría á admitir el paso de la albúmina de la sangre á través del tejido renal como un resultado en relación con la alteración constante de la sangre en los casos graves. (Dutroulau).—Según Gubler (Dict. encyc s. med.) dependería de la SUPERALBUMINOSIS por falta de combustión respiratoria.—Creemos que la albuminuria del tifus icterodes puede ser una albuminuria HEMATÓGENA, derivada de una alteración en la sangre, cuya albúmina es entonces más difusible, más filtrable y no asimilable. como la albuminuria hemática debida á la malaria y á sus plasmodias y bien demostrada por Kelsch y Hierner. Pudiendo ser también, en otros casos, una albuminuria PTOMAINUROTÓXICA (G. See) debida á la nefritis provocada por el pase del microbio y sus toxinas, llegando hasta constituir una NEFRITIS PARENQUIMATOSA AGUDA caracterizada por abundante albuminuria, disminución de orinas y disminución de la urea. Nefritis parecida á la provocada por un agente tóxico como el fósforo, por ejemplo.—Si la albuminuria aumenta más cada dia el pronóstico es grave. Si disminuye de dia en dia, es favorable.

ASISTOLIA.—Debilidad del pulso, produci-

da por la toxina ó por la ictericia catarral ó la acólica.—La ictericia hemaféica no la produce.

En la fiebre amarilla es conveniente vigilar el pulso con tanto cuidado como la temperatura. El pulso nos revela la marcha del corazón, y en el tercer período de la enfermedad el corazón, bajo la influencia del veneno amarillo ó de las sales biliares, tiene tendencias á la HIPOSISTÓLIA.—El médico, palpando la arteria, observa si el corazón acelera ó aminora sus latidos, si su ritmo se conserva regular. De este modo vigilará siempre la fuerza de contracción del ventrículo y el estado de la circulación periférica (E. Wertheimer. Le pouls. 1889).—En el primer período del tifus amarillo guarda relación el pulso con la intensidad de la fiebre. Fluctúa de 90 á 120 pulsaciones al minuto. En los casos ligeros es fuerte, lleno, y regular. Indica gravedad si es duro, veloz y contraido. Mayor gravedad si desde el principio de la enfermedad es trémulo é irregular (pulsación incierta, vacilante). En el segundo período ó de ANESISTERMIA, que la fiebre cae, el pulso cambia notablemente, pierde su fuerza y amplitud, y vuelve á su ritmo normal. En el tercer período, tiende á guardar relación con la intensidad de la fiebre que sube; puede ponerse BLANDO y DEPRESIVO, pero regular, hasta la curación. Si se hace lento (raro) y late 35 á 50 pulsaciones, al minuto, hay suma gravedad. Mayor gravedad si coincide este fenómeno con la intensidad de la ictericia, y ésta es precoz. La ictericia por sí sola puede producirle y llegar las pulsaciones á 40 al minuto (Bouillaud), y hasta 28 y 21 (Frerichs). Según las experiencias de Rohrin, Wickham Logg, Feltz y Ritter este síntoma es debido á los ácidos biliares.—El pulso, apesar de la lentitud, puede ser duro y resistente. Si se pone pequeño y depresible es debido á la discrasia sanguinea y á que el corazón se rinde. Si se deprime poco á poco, adquiere celeridad, (pulso miuro) y se hace irregular, la gravedad es inminente y la muerte se aproxima.—Á veces desaparece el latido radial muchas horas, y hasta un dia, antes de fallecer el sujeto (PULSUM DEFECTIO, de los antiguos).—La introducción de las toxinas de la fiebre amarilla en la sangre puede producir la disminución en la

frecuencia del pulso, como obran los productos tóxicos en las intoxicaciones. Es, sobre todo, por el intermedio del neumogástrico que obran las sales biliares, al mismo tiempo que influyen sobre el mismo corazón (Feltz y Ritter). Nosotros creemos que la intoxicación AMARILLA puede producir diversos desórdenes circulatorios, que den por resultado la LENTITUD del pulso, además de las causas indicadas. Puede ocasionar la rareza ó lentitud del pulso, la axfixia (Traube, Dastre y Morat), la anemia súbita del bulbo (Landois), la hiperemia venosa del bulbo (Hermann y Escher), el aumento de presión intra-craneana (Bernstein), la excitación de las fibras sensibles del neumogástrico mismo (Bezold, Aubert, Rover, Franch), la excitación del tronco del esplánico (Asp.) etc.—Es conveniente comparar la relación del pulso con la temperatura. Temperatura alta (la rededor de 39°) y pulso raro (al rededor de 50 pulsaciones) acusan gravedad. Fenómenos que deben vigilarse para imprimir variantes al tratamiento.

GASTRORRAGIA.—Vómitos acuoso-biliosos con puntos oscuros y estrías de sangre. Hematemesis ó vómitos de sangre.

El VÓMITO PRIETO puede faltar en ciertos casos mortales. (Dutroulau).—Algunos hemos observado. El enfermo no arrojaba absolutamente nada de sangre, ni borra, y terminaba rápidamente por la muerte, en estado atáxico. Si se hiciera la autopsia se encontraría la materia negra, las BORRAS, en el estómago ó en el intestino delgado, no habiendo podido el enfermo arrojarlas en vida por depresión del sistema nervioso, reducida al mínimum la excitabilidad refleja de la mucosa gástrica (Jaccoud).—La precocidad de la gastrorragia indica gravedad: pero no la abundancia. Puede ser apenas apreciable en casos mortales y bastante abundante en casos que curan. [Dutroulau].

HEMATEMESIS NIGRA.—Vómitos prietos ó negros, que simulan *poso de borras de café*.

Se anuncia, á veces, el vómito negro con el de ALA

DE MOSCA ó el de PICADURA DE TABACO —Aún puede salvarse el enfermo.—Si las materias arrojadas se parecen á la BREA la gravedad es suma, y la muerte próxima.—En la estadística de Blair, que comprende más de dos mil enfermos, sólo ha tenido efecto este fenómeno en la relación de 17 p.%.

EPISTAXIS.—Sangre por la nariz. Fenómeno frecuente.

Cuando la hemorragia es muy abundante por la nariz, aunque algunos autores la miran como crítica, es siempre síntoma de gravedad, y á veces síndrome mortal [Dutroulau].

Observamos, una vez, un caso de una señora norte-americana, cuyo período de reacción febril fué velado ú oscuro, como que hubo facultativo que dudó se trataba de tifus amarillo. La enferma se resistió á tomar medicamentos. El 2° dia, por la noche, tuvo intensa epistaxis, y á las cuatro horas vino la gravedad marcada. El 3° y 4° dia, un estado atáxico. El 5° dia, de madrugada, sobrevino la muerte, precedida de risa sardónica y paseo continuo al rededor de la cama, bajando por un lado del lecho y subiendo por el otro.

FARINGORRAGIA. — Sangre por la faringe.

Las hemorragias faringo-bucales no tienen gravedad en sí.

GINGIRRAGIA. — Sangre por las encias. Síntoma frecuente. Le precede la hinchazón de las encias.

La coloración de la membrana jingival varía desde el rojo subido hasta el negruzco.—Hemos tenido un caso de fiebre amarilla en el cual por cada pico del reborde alvealar de las encías, existente entre las piezas dentarias, fluía abundantemente la sangre. El enfermo sufría la molestia continua de ver llenarse su boca de sangre á medida que escupía para desocuparla. No presentó otra

gravedad, y entró en convalecencia, conservando una fuerte ictericia catarral, que le duró dos meses.

ENTERORRAGIA.—Sangre por los intestinos. Una rapidez excesiva del pulso, coincidiendo con descenso de temperatura y malestar al rededor del ombligo puede acusar esta hemorragia interna.

La alteración de la sangre unida á lesiones de las túnicas vasculares provoca la hemorragia del intestino delgado, como sucede en ciertas variedades de ictericia grave. Este síndrome es frecuente en los casos graves de fiebre amarilla. No hay que olvidar que el intestino es campo de operaciones del microbio xantogénico. El enfermo experimenta malestar general con tendencia al síncope y acusa pequeñez del pulso, palidez de los tegumentos y, comunmente, dolor fijo con sensación de calor en el vientre. Cuando la hemorragia es abundante puede haber evacuación de coágulos mezclados á grandes cantidades de sangre líquida. Si la sangre se detiene más ó menos tiempo en el intestino, y sufre la acción de las secreciones intestinales, se modifica y pone negruzca. Es la MELENA propiamente dicha.

CISTORRAGIA.—Sangre por la vejiga. Rara.

HEMATURIA.—Sangre por la orina. Rara.

METRORRAGIA.—Sangre por la matriz. Frecuente cuando la enfermedad ataca á la mujer en estado de puerperio ó en la época que precede á la menstruación.

VAGINORRAGIA.—Sangre por la vagina. Rara.

Asistimos á una puérpera de 2 dias de alumbramiento, atacada de la fiebre amarilla. Al quinto dia del parto se le había suspendido el flujo de laquios. Al cuar-

to dia de enfermedad, vómitos de ALA DE MOSCA; al quinto, VAGINORRAGIA, y la misma noche del quinto dia, ENTERORRAGIA con HEMATEMESIS NIGRA. Presentó el fenómeno de vaginorragia sin que le siguiera el de metrorragia, que se temía por ser una puérpera.

OCULORRAGIA.—Sangre por los ojos. Rara. Le precede una fuerte congestión conjuntival.

AURICULORRAGIA.—Sangre por los oidos. Rara.

DERMATORRAGIA.—Sangre por la piel. Rara. Este síntoma se manifiesta en anchas placas equimóticas, al rededor del cuello, axilas y en las ingles. A veces toman el carácter de picaduras de mosquitos: *manchas purpúricas*, que no desaparecen á la presión del dedo examinador.

Hemos tenido en nuestra práctica muchos casos de fiebre amarilla con fenómenos dermatorrágicos. Entre ellos el de una señorita, gallega, que delirante se golpeó varias veces ligeramente los antebrazos con la cabecera de la cama. En el período de depresión se desarrollaron en los antebrazos anchos equimosis del tejido celular, que simulaban terribles contusiones. Curó; quedándole, en el período de convalecencia, hermosos cardenales amarillo-verdosos, que desaparecieron paulatinamente.

HEMATIDROSIS.—Sudores sanguinolentos. Raros.

Dutroulau manifiesta no haber observado el sudor sanguíneo en la fiebre amarilla (T. des mal. des europ. dans les p. chauds. 1868). Jaccoud habla de un flujo sanguíneo que se observa á veces en regiones en que la epidermis está intacta, el escroto, por ejemplo. Nosotros hemos observado la exhalación sanguínea por los vejigatorios, hasta el punto de tener que espolvorearlos con

tanino para impedir el intenso flujo hemorrágico.—Los autores del COMPENDIUM guardan reservas en admitir los sudores de sangre Huxham, Pinel, Cazergues y Gendrin han observado sudores de sangre en escorbúticos, en fiebres malignas y en casos de peste. Wilks refirió un caso en Guy's Hosp. Rep. (1872) y Tittel otro en Arch. d. Heilk (1875). Magnus Huss y Parrot han hecho el exámen directo, por medio del microscopio, del líquido sanguíneo trasudado, y han encontrado siempre que el sudor, que recogían del cuerpo de los enfermos y teñía los lienzos en rojo, era sangre conteniendo sus glóbulos rojos y blancos. Según Gendrin y Parrot estas hemorragias se producen por las glándulas sudoríparas, en atención á su rica red vascular. Parrot cree que el sudor de sangre es siempre consecutivo á una ruptura de los pequeños vasos que entran en la composición de la red vascular de la glándula sudorípara. Gendrin admite la secreción y la exhalación. Apoyándose en los trabajos histológicos de Cohnheim sobre la DIAPEDESIS, du Cazal admite la hematidrosis sin rotura de vasos y con la intervención de parálisis de vaso-motores por desorden del sistema nervioso. La discrasia química de la sangre en la fiebre amarilla, por un lado, y la degeneración esteatósica de los capilares, por otra, facilitan la explicación del sudor sanguíneo, ya siguiendo la hipótesis de Parrot, ya la de Cazal.

MELENA.—Diarrea negra.

La sangre expulsada por el intestino, y detenida algún tiempo en la cavidad intestinal, se ha coagulado en parte, cambiando de coloración y tomando un tinte más oscuro, resultado de un principio de descomposición química. A veces sufre también un principio de descomposición pútrida y las evacuaciones adquieren un hedor especial, repugnante, cadavérico. Otras, las deposiciones son completamente negras, características del amarillismo.—El diagnóstico puede ser difícil, si el SÉRUM se reabsorve y los coágulos se ocultan entre los escrementos.—Conviene, que las deposiciones de los enfermos sean examinadas SIEMPRE por asistente entendido. Vimos perderse un paciente, sin más vómitos, que los acuoso-biliosos del primer día, y cuyas deposiciones, francamente MELÉNICAS, no eran examinadas.

Si cualquier fenómeno hemorrágico se manifiesta desde el primer día hay gravedad en el enfermo, aunque ningún otro síntoma lo revele aún. La hemorragia constituye el carácter más esencial del amarillismo; pero su período típico es del 4° al 6° día. Si se adelanta es reveladora de la discrasia sanguínea y de la degeneración esteatósica de los pequeños vasos sanguíneos. – Puede faltar en casos muy graves.

NEUROLISIS.—Postración extrema. Coma.

Si provoca aritmia cardíaca el pronóstico es de gravedad.

ADINAMIA. — Pérdida de fuerzas. Colapso.

La combustión orgánica febril, la acción sedativa de la toxina amarilla sobre el sistema nervioso, la discrasia de la sangre, el efecto depresor de los ácidos biliares sobre el músculo cardíaco, los detritus orgánicos detenidos por insuficiencia en la eliminación renal, las pérdidas hemorrágicas y la moral afecta, todo ÉSTO, aislado ó complejamente, contribuye á postrar al enfermo. Por eso en los casos ligeros no suele presentarse la adinamia. En los casos delirantes, con hiperemia meningo-encefálica aguda tampoco. Cuando se desarrolla la diátesis hemorrágica es un verdadero colapso.

ATAXIA.—Desordenes nerviosos. Inquietud y agripnia. Agitación en la cama. Sub-saltos de tendones. Convulsiones. Carfología. Risa sardónica. Calambres.

El calambre del diafragma (hipo) es de mucha gravedad.—No es síntoma mortal, como algunos pretenden, pues hemos salvado algunos casos que tuvieron hipo.—Si el enfermo, después de algunos instantes de calma, le da por descubrirse y echarse del lecho ó cambiar de cama ó acostarse en el suelo ó en decúbito boca abajo, el pronóstico es muy grave.—El temblor nervioso de la palabra y de los movimientos es también de suma gravedad.

UREMIA.—Desordenes de la secreción urinaria. Tendencia á temperaturas bajas.

A veces la disnea es el fenómeno revelador de los demás accidentes de la uremia. Disnea evidentemente nerviosa, por el estilo de la disnea nerviosa de los nefríticos tan magistralmente estudiada por Ortillea(de Lille). Le acompañarán la presencia de albúmina en las orinas, los vómitos urémicos, la anuria, el descenso casi constante de la temperatura, y ausencia de signos físicos á la auscultación del pulmón y del corazón.

ANURIA.—Supresión urinaria.

Síntoma de gravedad.—En los enfermos de tífus icterodes el riñón se congestiona y hay mayor aflujo de sangre á los glomérulos de Malpigio. Se provoca entonces un exsudado albuminoso y se presenta en la orina la albúmina. Á medida que el exsudado aumenta los TUBULI se van obstruyendo y disminuye la secreción urinaria; finalmente, ocupados los tubos uriníferos de Ferreint, Henle y Bellini por dicho exsudado se interrumpe el filtro renal y aparece la ANURIA, precursora de la UREMIA.—Si el fenómeno se sostiene acarrea la muerte del sujeto con disnea ó respiración Cheyne–Stokes, fenómenos nerviosos, algunas alucinaciones, delirio, convulsiones á veces, coma etc.

AFRENIA.—Ligeras divagaciones ó algunas ideas fijas; del resto la inteligencia intacta (anemia cerebral). Otras veces, estupor é indiferencia (congestión pasiva); y otras, delirio atáxico, alto y furioso. (Hiperemia meningoencefálica).

Si el delirio es razonado el pronóstico es muy grave.

HEMATOSIS IRREGULAR.—Respiración breve, precipitada, incompleta ó penosa. O suspirosa y prolongada.

La disnea TÓXICA de la fiebre amarilla es muy importante y debe ser estudiada bajo el punto de vista terapéutico. Para producirla entran en juego: 1° la insuficiencia renal que obstaculiza la eliminación completa de las toxinas; 2° la insuficiencia hepática, que no deteniendo y destruyendo las toxinas, permite penetren estos venenos en la circulación sanguínea (Huchard).—El estado de la respiración tiene una significación pronóstica: cuando hay gravedad SIEMPRE es desordenada. En los casos de apariencia no grave, si la respiración se pone lenta y suspirosa al final de la enfermedad anuncia una muerte cierta, aunque la gravedad de los otros síntomas no indique esta terminación.—Respiración cerebral (Cheyne-Stokes), pronóstico muy grave.

DURACIÓN.

La fiebre amarilla dura pocos dias en su evolución. La primera duración—de 5 á 7 dias—es de la forma abortiva, ya por la poca cantidad de *veneno amarillo* absorbida ó por la acción beneficiosa del tratamiento. La segunda duración—de 7 á 10 dias—es la más comunmente observada y la típica. La tercera—de 10 á 14 dias—ya presenta el enfermo fenómenos de complicación, y suele correrse á 15 y 16 dias. Ha habido complicaciones que han llegado hasta 32 dias (Noegeli). Las complicaciones más frecuentes son el paludismo y los estados tíficos, las afecciones del hígado y las del riñón. Las parótidas son raras.—La duración de las formas anómalas fulminantes suele ser breve: en dos ó tres dias recorren sus períodos.

MORFOLOGÍA.

En las formas del tifus icterodes no están muy acordes los autores.—Bérenger-Feraud admite las formas gástrica, adinámica, atáxica, congestiva ó soporosa, tifódica, hiperestésica, gangrenosa, álgida ó colérica, é hidrofóbica. Este clínico ha hecho hincapié en el predominio de tal ó cual síndrome.—Dutroulau indica tres grados: el primero constituye la forma ligera, el segundo la forma grave, y el tercero la forma muy grave.—Jaccoud admite tres formas fundamentales: la común, la abortiva y la fulminante. En la común cuatro variedades: regular, colémica, urémica y hemorrágica.—Nosotros creemos, que, según la acción de la toxina sobre la economía humana, podemos admitir tres formas: una, ligera, benigna ó abortiva, en la que el organismo triunfa prontamente de la intoxicación, no habiéndose desarrollado más que los fenómenos de impregnación y de reacción febril, con franca y rápida defervecencia. Otra forma, grave, *per se*, en que el organismo, afectado por la toxina en sus aparatos hepático y renal, se toma tres ó cuatro dias más para poder triunfar ó para sucumbir ante el poderío de la intoxicación

ó de la influencia de las complicaciones. En esta forma, si predominan los fenómenos del lado del hígado, se tiene la variedad *colémica*, si del lado del riñón, la variedad *urémica*, si del lado de los capilares degenerados, la variedad *hemorrágica*. Y la tercera forma, ataxo-adinámica, en la que, según la constitución y temperamento del sujeto, se desenvuelven con exaltación ó sideración los signos de un desorden profundo, por los esfuerzos de una reacción impotente del aparato cérebro-espinal ante la acción victoriosa de un veneno violento.—Existen algunas formas muy anómalas del amarillismo, que nosotros incluimos, desde luego, en la forma ataxo-adinámica. Hay enfermos, que, después de *algunas horas* de fiebre, caen en *hipotermia*, se ponen frios, pulso lento, respiración penosa, ojos inyectados, é inteligencia con alguna simple divagación; es la llamada *fulminante álgida*.—Hemos observado casos de fiebre amarilla en los que indudablemente la reacción febril ha faltado.—Liebermeister y Vallin han comprobado en la fiebre tifoidea ciertas formas anómalas que las han designado con el nombre de *apiréticas*.—Recordamos el caso de un joven peninsular, profesor de escuela de Utuado, que se presentó en nuestro consultorio de Arecibo, con semblante pálido y abatido, preguntándonos *qué se hacía, por que tenía el vómito*.—¿Ha vomitado V.?—No. —¿Ha tenido V. frío?—No.—¿Ha tenido V.

calentura?—No.—¿Qué siente V.?—Me siento desfallecer. Acabo de llegar de la Capital, donde he comprado unos muebles, porque me voy á casar. En la Ciudad *está el vómito y lo he cogido.*—Palpé la frente del joven y le pulsé cuidadosamente; no estaba febril. Le acompañé al hotel, le apliqué el termómetro y tenía 36°8 de temperatura. De sus explicaciones no se desprendía que hubiera tenido reacción febril. Eran las 6 de la tarde. Volví á las 10 de la noche; el estado hipotérmico se sostenía y ya deliraba. A media noche se desarrolló un estado atáxico y falleció por la mañana.—Aunque este es un caso *fulminante* tiene la particularidad de la *apirexia*, en contraposición de los casos fulminantes en que la *hipertermia* es excesiva.

TERMINACIÓN.

Si la terminación es la muerte, viene: ó por la suspensión de las funciones depuradoras del hígado; ó por las del riñón; ó por intensa hemorragia.—En casos excepcionales, en el primer período de la enfermedad ocurre la muerte por apoplegia ó asfixia.

Si la terminación es la salud, puede venir por lisis ó crisis. Esta por los fenómenos críticos más comunes á los estados tíficos: la diaforesis, la diuresis ó la diarrea.

La crisis (defervescencia rápida) para que se entable es menestrer, que en el corto espacio de 12 ó 24 horas, la temperatura recorra en sentido descendente de 2 á 5 grados. Todo decrecimiento inferior á 1°5 no constituye más que una remisión.

A veces se observan complicaciones tíficas, á la terminación de la fiebre amarilla, por asociaciones micróbicas.—Suele presentarse el paludismo, que cede fácilmente á las sales de quinina. Más raro es ver en la terminación: parotiditis, forunculosis, adenitis, disenterías y afecciones psíquicas.—Las recaidas son siempre graves y, por lo común, mortales. Las ocasionan, generalmente, las infracciones

higiénicas en el régimen alimenticio del convaleciente, ó la exposición imprudente á corrientes de aire frío cuando el organismo no ha recuperado aún todo su vigor.

DIAGNÓSTICO.

La imperiosa necesidad de un diagnóstico exacto es la base fundamental de un pronóstico acertado y de una medicación conveniente y eficaz. Avenbruger, Laennec, Barth, Roger, Woillez, Racle, Jaksch, y otros eminentes clínicos así lo han reconocido. El fin real y útil de un diagnóstico bíen formulado es una terapéutica triunfadora. *Qui benè judicat, benè curat.* Quien diagnostica bien, cura bien.

La principal dificultad del diagnóstico de la fiebre amarilla es la existencia de otras pirexias, de origen palúdico sobre todo, en las mismas localidades donde se desarrolla la terrible endemia. Así, pues, es muy difícil distinguir, en sus comienzos, una *fiebre amarilla ligera* de una *fiebre gástrica biliosa.* Y mayores dificultades se nos presentan aún al diferenciar en los primeros dias, el *tifus icterodes* de una *fiebre biliosa hematúrica,* cuya secuela es ictericia, vómitos, hemorragia y albuminuria. A obviar tales tropiezos, en los colegas jóvenes no familiarizados con el diagnóstico diferencial de semejantes fiebres, esbozamos unos cuadros sinópticos, que pueden prestar alguna utilidad en la práctica. Anota-

mos entre ellos la fiebre tifoidea por lo mismo que es rara en las Antillas; aunque confirmada su presencia en nuestras latitudes por muchos clínicos. (Brassac, Dutroulau, Arnould, Borius, Corre, Féris, Rochas, etc.)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.

FIEBRE INTERMITENTE.

Suele iniciarse con frío, de alguna duración, y que produce temblor.

La cara encendida; pero la mirada franca sin midriasis pupilar. Los europeos, no modificados por el clima y las endemias, presentan turgencia del rostro, brillo é inyección de los ojos, lagrimeo y coriza; (máscara inflamatoria).

La piel sufre la erección de los bulbos cutáneos, produciendo la piel de gallina.

No hay dolor de lomos intenso.

FIEBRE AMARILLA.

Suele iniciarse con frío fuerte, corto, único por lo general, y no produce temblor.

La cara congestionada, los ojos inyectados, lagrimeo y el iris dilatado. La mirada de borracho. No hay coriza.

La piel se congestiona y pone mordicante sin constituir el fenómeno piel de gallina.

Raquialgia característica.

Si hay vómitos, son alimenticios, ó acuosos, sin ansiedad epigástrica.	Vómitos acuoso-biliosos con ansiedad epigástrica.
La temperatura dentro de las 24 horas adquiere el máximum, y, si el acceso termina por sudor, la defervescencia es rápida.	La temperatura llega al pináculo en la tarde del 2° dia, por lo común. Es raro el sudor. Si lo hay provoca únicamente oscilaciones termo-métricas.
La mañana del 2° dia hay apirexia. La piel pálida é impregnada de sudor pegajoso y de olor particular. Repite el acceso nuevamente.	La mañana del 2° dia continúa la temperatura igual al dia anterior y con oscilación ascendente. La piel quemante. No hay sudor. No repite el acceso.
La orina á veces abundante y pálida. Rica en sedimentos de ácido úrico, uratos y algunas veces también fosfatos. Deposita frecuentemente una materia rojiza y aladrillada: ácido úrico y uratos unidos al urocroma (Robin). La albuminuria cons-	La orina escasa, ambarina-rojiza, después oscura. Puede haber albuminuria desde el primer dia. Generalmente, del 2° al 3° dia. Prontamente toma la orina el carácter de hemaféica ó biliféica.

tituye una excepción. Puede observarse en los accesos cuyo último estadio no le acompañen los sudores (Rosenstein. Tr. des mal. des reins). Raro.

La sangre, al exámen bacteriológico, acusa la presencia de una proporción muy notable de pigmento, que varía de color del moreno al negruzco. (Griesinger). Se confirman los parásitos de la malaria. (Profesor Jaksch).

Obedece á las sales de quinina.

La sangre, al exa- bacteriológico, presenta á veces células hyalinas (Lacerda).—En un gran número de preparaciones frescas de sangre ha sido imposible constatar la presencia de micro-organismos. (Gibier).

Impotencia de las sales de quinina para detener sus efectos.

FIEBRE GASTRICA BILIOSA.	FIEBRE AMARILLA.
Por lo común, va precedida de prodromos, que son malestar general, anorexia, boca pastosa, nauseas é insomnio.	Por lo común, ataca repentinamente, sin prodromos, pasando el sujeto del estado de salud al de enfermedad.
Escalofrío no fuerte; generalmente por la mañana.	Escalofrío violento; generalmente por la noche.
Lengua seca, aguzada, encendida y con saburra acentuada.	Lengua húmeda y ancha, con barniz blanquizco ó amarillento, y encendida en bordes y punta.
La cara, en los sujetos no trabajados por el clima, con máscara inflamatoria, pero sin rostro de ebrioso.	La mirada de borracho con máscara inflamatoria es característica.
Nauseas y vómitos biliosos, frecuentes. Dolor en el vientre, con irradiación á los hipocondrios, y aumenta á la presión.	Nauseas y vómitos acuoso-biliosos con ansiedad epigástrica. Se alivia á la presión.

Diarrea biliosa.	No hay diarrea.
Como la fiebre gástrica biliosa es una gastritis *catarral* aguda con policolia, puede haber manifestaciones catarrales en otras mucosas, sobre todo, en la bronquial.	No hay catarro, si no lo tenía el individuo al ser infecto del amarillismo.
El termómetro marca exacerbaciones vespertinas con remisiones matinales. En la mañana del 2° dia remisión de 5 décimas á 1°.	El termómetro marca la exacerbación sostenida hasta la noche del 2° dia, por lo general. En la mañana del 2° dia no hay remisión. Puede haber una oscilación que no llega á 5 décimas.
Si hay dolor de lomos no es intenso.	El dolor de lomos, intenso, es característico.
La orina escasa, encendida y sin albúmina.	La orina puede ser albuminosa desde el primer dia.
El estado bilioso, con vómitos y diarrea de carácter bilioso, es la nota dominante. No hay hemorragias.	El estado bilioso no es la nota dominante; más bien el hemorrágico.
Suele haber tinte sub–ictérico en la es-	El tinte ictérico aparece después del pe-

clerótica desde el primer dia.	ríodo de reacción febril.

F. ICTERO-HEMORRAGICA.	FIEBRE AMARILLA.
Rara vez debuta sin haber sido precedida de accidentes intermitentes del paludismo (Rendu). Frecuentemente precedida de prodromos en las 12 ó 24 horas anteriores al ataque (Daullé).	No le preceden manifestaciones piréticas. Por lo común, se desarrolla sin prodromos.
Cefalalgia general ó pesadez de cabeza.	Cefalalgia supra-orbitaria, gravativa.
Escalofrios múltiples, intensos, que duran á veces horas.	Escalofrío único, violento, corto, y, por lo común, nocturno.
Puede haber máscara inflamatoria; pero suele ser sin dilatación pupilar, ni rostro ebrioso.	La máscara es característica, con dilatación de las pupilas y rostro de ébrio.
Los vómitos son siempre biliosos, desde un principio, y muy abundantes en bilis. A veces tienen	Los vómitos son, en un principio, acuosos; después, acuoso-biliosos. Pueden faltar los vómitos bi-

color negruzco, sanguinolento.	liosos, y ser la emesis únicamente de las bebidas ingeridas.
Si se introduce un pedazo de lienzo en las materias vomitadas, queda teñido de verde (Bérenger-Feraud).	Si se introduce un pedazo de lienzo en las materias vomitadas se tiñe de negro ó parduzco.
Diarrea biliosa.	Predomina el estreñimiento.
Dolor epigástrico con irradiación al hipocondrio derecho.	Ansiedad epigástrica. Dolor peri-umbilical.
La lengua se cubre de una capa verdosa después de los vómitos biliosos. Si se agrava el enfermo, se pone seca, rasposa, teniendo en el medio un surco negro bilioso (Lebeau); sin rojez en los bordes y punta (Daullé).	La lengua natural ó con barniz blanquizco-amarillento. Si no hay complicación tífica se conserva húmeda y ancha. Rojez en bordes y punta.
La raquialgia es rara. Suele haber dolor, partiendo de entrambos hipocondrios y terminando en dolor de lomos, como si fuera un *cinturón*.	La raquialgia es síndrome culminante. Se irradia á las espaldas y á las piernas.

La ictericia aparece desde el primer dia en las escleróticas. Puede considerarse la ictericia biliosa como síntoma predominante. Dentro de las primeras 24 horas (á las 20 horas, Lebeau) la sufusión ictérica se reparte por todo el cuerpo, que se pone de color anaranjado. Este fenómeno es favorable (Dutroulau).	La ictericia aparece en el 2° período. Por lo común del 3° al 4° dia. Es muy escepcional el tinte ictérico de la esclerótica desde el primer dia. Puede considerarse la ictericia biliosa como síntoma secundario y hasta puede faltar. La ictericia precoz no es fenómeno favorable.
Predominio del carácter bilioso sobre el hemorrágico (Le Roy de Méricourt).	Predominio del carácter hemorrágico sobre el bilioso.
La hemorragia no varía en la elección de sitios. Es constante su manifestación por las vias urinarias. La gastrorragia es rara.	La hemorragia varía en la elección de sitios. Es muy rara la hematuria. Es frecuente la gastrorragia.
El bazo suele estar infartado.	El bazo no está infartado.
La temperatura toma tipo intermitente con sus tres estadíos	La temperatura es de tipo continuo con defervescencia del 3°

característicos ó remitente con oscilaciones descendentes matinales. Rara vez continua.	al 4° día.
La orina es albuminosa, biliosa, color de vino de Málaga. (Gélineau). Este color es desde un principio. Puede llegar á negruzco. No presenta el anillo de Vidaillet.	La orina es albuminosa; pero la bilis en la orina, con coloración de vino de Málaga, no aparece sino del 2° período en adelante. Puede presentarse únicamente en la convalecencia. Cuando se vierten con precaución algunas gotas de ácido nítrico en la orina amarilla, durante las primeras horas de la enfermedad, se ve la formación de un anillo, especie de hostia ó de nube, que separa la orina en dos partes. (Vidaillet).
La sangre, al examen bacteriológico, acusa la presencia de los microbios del paludismo. (Jaksch.)	La sangre, al examen bacteriológico, no presenta los micro-organismos de la fiebre malarica; ni de

	ninguna otra clase. (Gibier).
Obedece á las sales de quinina.	No obedece á las sales de quinina.

ICTERICIA GRAVE.	FIEBRE AMARILLA.
Principio insidioso, que no hace prever la inminencia de las complicaciones futuras.	Principio brusco. El sujeto pasa ràpidamente del estado de salud al de enfermedad. Generalmente, carece de prodromos.
Malestar general, laxitud, desórdenes gastro–intestinales (por embarazo gástrico); después aparece la ictericia. Al cabo de 5 á 6 dias de fenómenos prodrómicos se presentan las primeras manifestaciones ictéricas (Burkart).	
La lesión hepática local es la dominante. Hígado disminuido de volumen.	Dominan los fenómenos generales. Hígado congestionado.
Dolor en el hipocondrio derecho, que se exaspera á la presión. (Sieveking).	Ansiedad epigâstrica. Dolor peri–umbilical. La presión alivia.

El escalofrío es raro. Comunmente pequeños escalofríos erráticos.	Escalofrío único, violento, corto, por lo común.
La raquialgia es rara.	La raquialgia es constante.
El bazo está aumentado de volumen; rebasa el reborde de las falsas costillas; la presión sobre la región es dolorosa.	El bazo no està aumentado de volúmen.
Vómitos alimenticios y biliosos, debidos al estado gástrico ó á la acción refleja bulbal.	Nauseas y vómitos característicos.
Diarrea decolorada ó arcillosa; casi nunca biliosa. Puede ser sanguinolenta ó melénica cuando la alteración de la sangre es ya pronunciada.	Generalmente, hay astricción de vientre.
La ictericia es síndrome culminante, y el primero; puede ser desde el tinte más ligero hasta la coloración de ocre con pigmentación de la piel.	La ictericia es fenómeno secundario. Por lo común, del 2° período en adelante. Puede faltar.

La temperatura tiene elevación ràpida (Wunderlich). No pasa de 38 á 39° por la tarde (Rosenstein, Gayda). No tiene remisión matinal en el período toxihémico y sube á 40° y más (Jaccoud), Durante los accidentes graves hay hipotermia (Valenta, Frantzel, Baader) hasta el estadio preagónico que asciende á 41° y 42° (Sieveking).

La orina, escasa, biliosa. Ausencia casi total de urea en la orina (Brouardel, Parkes). Presencia de leucina y tyrosina (Frerichs, Rendu). Albuminuria (Scherer, Gubler).

Las hemorragias abren la escena en casos muy raros (Monneret, Blachez). Son comunes confirmada la enfermedad y en

Elevación ràpida hasta las 48 horas. Por lo común, remisión en la mañana del 3° à 4° dia. Durante los accidentes graves hay hipertermia, generalmente. Hay hipotermia si dominan los fenómenos de sideración nerviosa ó de uremia ó colemia.

La orina característica: albuminosa, primero; después, hemafeica ó bilifeica. La urea escasea en la forma urémica.

El carácter hemorrágico es la nota predominante. Suelen abrir la escena los vómitos de ala de mosca ó de pica-

el último período. La màs frecuente la epistaxis (Rendu). Después la hematemesis y la melena.

La enfermedad es el resultado, por atrofia, de una inflamación parenquimatosa difusa; y se traduce por desorganización de los elementos propios de la glándula. (Corre).

dura de tabaco, precursores del negro. La epistaxis no es la más frecuente.

En el tifus amarillo la lesión hepàtica es conexa á otras alteraciones del estómago y de los riñones; no es atrófica; y acusa degeneración grasosa.



FIEBRE TIFOIDEA.	FIEBRE AMARILLA.
Por lo general se presenta con prodromos.	Por lo general aparece de repente.
Dolor de cabeza general como si comprimieran la masa cerebral en todos sentidos.	Dolor de cabeza supra–orbitario, gravativo. Acentuado en los senos frontales.
La cara poco animada al principio y después indiferente. Ojos naturales. Mirada natural.	La cara vultuosa, congestionada. Ojos inyectados, lacrimosos y brillantes. Mirada de ebrioso.
Suele haber sintomas catarrales bronquiales desde la mitad del 1er. período y aumentar á medida que aumenta la enfermedad.	No hay catarro. Si ocurre, es infección anterior à la del amarillismo.
Epistaxis al cuarto día, frecuentemente.	Si hay epistaxis le acompañan otros signos hemorrágicos.
Dolor en el hipogastrio, acompañado de un ruido de gor-	Ansiedad epigástrica. Dolor peri–umbilical.

goteo, ó hidroneumàtico, en la fosa iliaca derecha.	No hay ruido de gorgoteo en la fosa iliaca derecha.
Las nauseas y los vómitos no son constantes.	Nauseas y vómitos característicos.
Lengua tendente à la sequedad. Fuligo.	Lengua húmeda, natural ó con barniz blanquizco amarillento.
Pulso frecuente y dilatado.	Pulso fuerte. A veces contraido. Tendencia à la disminución progresiva en la frecuencia de las pulsaciones.
Temperatura que asciende lentamente; subiendo un grado el termómetro de la mañana á la tarde y bajando 5 décimas de la noche á la mañana. Llega al màximum, generalmente, en la tarde del 4° dia.	Temperatura que asciende ràpidamente. Llega al máximum, generalmente, en la tarde del 2° dia.
La orina tiene albúmina en casos excepcionales. Según Gubler, existe siempre; pero viene à aparecer muchas ve-	La orina tiene albúmina, por lo común, del 2° al 3° dia.

ces al fin del primer septenario.

No hay raquialgia.

Al terminar el primer período se presenta una erupción de manchas rosàceas. Petéquias en el 2° período. Hemorragias pasivas en el último.

Raquialgia típica.

Los fenómenos de dermatorragia son del 3° al 4° dia, y à veces antes.
